FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

RENÉ HERVÉ

né le 14 décembre 1897, à Sainte-Florence (Vendée)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES CHORÉES

AVEC

HYPERGLYCORACHIE

Président: M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2

—

1924

Le Doyen..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pharmacologie et matière médicale	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Pathologie médicale	LEMIERRE.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHET Fils
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	STROHL.
Pathologie médicale	TANON.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie	WELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Physiologie	CAMUS.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUÉNIOT.
Histologie	RETTERER.
Anatomie pathologique	ROUSSY.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique médicale	LŒPER.
Clinique chirurgicale infantile	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique médicale	RATHERY.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY
Education physique	N.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

Médecin de l'Hôpital Hérold

Qui très aimablement nous a donné un sujet de thèse et nous a guidé dans son élaboration.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE
Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSUÉ (*in mémoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY
Médecin de l'Hôpital Cochin

MONSIEUR LE DOCTEUR LION
Médecin de la Pitié

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE
Chirurgien de la Pitié

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

MONSIEUR LE PROFESSEUR THIBAULT (*in mémoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONPROFIT (*in mémoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR TURLAY

CHAPITRE PREMIER

Nous ne nous occuperons, dans ce travail, que des chorées appartenant au groupe dit de Sydenham — et encore n'en ferons-nous pas une description d'ensemble, le sujet étant trop connu — mais nous voudrions insister sur la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien de certains choréiques, et partant de cette donnée, établir un parallèle entre la chorée de Sydenham et l'encéphalite léthargique, dans certaines de ses formes du moins.

Il est en effet maintenant classique — la mise au point de la question est faite dans un ouvrage de M. le Professeur Achard, intitulé « L'Encéphalite Léthargique » — de décrire une forme myoclonique de l'encéphalite épidémique : « Elle est caractérisée par des mouvements choréiques qui ont parfois tous les caractères de ceux de la chorée vraie ; ils sont subits, explosifs, involontaires, désordonnés ; et, ajoute le Professeur Achard, à qui nous empruntons ces lignes, ce sont eux qui ont fait donner par Dubini le nom de chorée électrique à la maladie. »

Car il paraît bien qu'encéphalite myoclonique et chorée de Dubini ne sont qu'une seule et même maladie — les travaux à ce sujet de MM. Sicard et Boveri semblent démonstratifs — mais peut-être, et la question a déjà été posée, en est-il de même pour certains cas de chorée de Sydenham.

En effet, l'encéphalite myoclonique présente ceci de parti-

culier, en plus de son hyperglycorachie et de ses mouvements choréiformes qu'elle peut souvent ne pas s'accompagner de somnolence ni de paralysies oculaires ; de plus, en pareil cas, on a signalé des douleurs articulaires — on a même noté, quoique très rarement, de véritables arthropathies, ainsi qu'il ressort d'une communication à l'Académie de Médecine, de MM. Claude, Rose et Piedelièvre.

Si bien que, depuis quatre ou cinq ans, la littérature médicale s'est enrichie d'observations d'encéphalite simulant une chorée aiguë fébrile.

C'est le cas de trois observations publiées par MM. Ardin, Delteil et Raynaud, encore que ces auteurs aient pu s'appuyer sur l'apparition de paralysies oculaires pour écarter le diagnostic de chorée de Sydenham.

De même MM. Aviragnet, Armand-Delille et Marie ont présenté un malade ayant l'aspect typique d'un choréique et insistent sur la parenté qui unit chorée et encéphalite.

M. Comby dit « qu'il y a peut-être lieu de dissocier la chorée de Sydenham, de laquelle bon nombre de cas appartiendraient à l'encéphalite — contre certaines chorées aiguës graves, ajoute-t-il, ni l'arsenic, ni l'hydrothérapie n'ont rien fait. »

Dans une communication de MM. Harvier et Levaditi, nous trouvons décrit « un cas de chorée aiguë, fébrile, à évolution rapide, sans autre manifestation d'encéphalite que les mouvements choréiformes. » Néanmoins, ils posent le diagnostic d'encéphalite aiguë, épidémique en se basant sur les lésions histologiques des centres nerveux. Et ils terminent leur exposé par les remarques suivantes :

a) « Certaines chorées aiguës, fébriles, sont déterminées par le virus de l'encéphalite léthargique ;

b) Il n'est pas encore prouvé que toutes les chorées aiguës fébriles relèvent de cet agent pathogène;

c) Il est possible, suivant la suggestion de M. Souques, que la chorée de Sydenham des enfants soit, elle aussi, dans certains cas, déterminée par le virus de l'encéphalite épidémique, mais la démonstration reste à faire tout entière. »

M. Souques, en effet, avait rapporté à l'encéphalite myoclonique un cas de chorée aiguë et avait émis l'hypothèse, devant l'ignorance où nous sommes quant à la cause de la chorée de Sydenham, que celle-ci put être absorbée par celle-là.

Une autre observation du même genre a été communiquée par MM. Lesné et Langle — et la ressemblance entre chorée et encéphalite était telle que ces auteurs ont été obligés de porter le diagnostic d'encéphalite sur la seule présence d'une hyperglycorachie; trois ponctions lombaires avaient donné respectivement 0 gr. 52, 0 gr. 60 et 0 gr. 58 de glucose.

Comme on peut le voir par ces extraits, il existe une parenté clinique très marquée entre l'encéphalite myoclonique et la chorée de Sydenham. Nous allons apporter notre contribution à ces travaux en citant trois observations où chorée et encéphalite cousinent étrangement.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Obs. 1. — L. B..., 10 ans, entrée le 6 novembre 1923 à l'hôpital Hérold.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, sa mère remarque qu'elle a des mouvements brusques, marqués surtout aux membres supérieurs, si bien qu'il lui arrive parfois de renverser, à table, des aliments qu'elle veut porter à sa bouche; de même à l'école, elle devient inattentive et son écriture est tremblée.

A l'entrée, la malade a une température de 38°9 et présente les symptômes d'une chorée grave aiguë : mouvements involontaires des membres et de la tête; la main et les doigts passent continuellement de la flexion à l'extension; la tête est projetée en avant, en arrière et sur le côté.

L'examen des appareils cardiaque et pulmonaire ne révèle rien d'anormal — on ne trouve pas non plus le moindre trouble oculaire — les réflexes sont également normaux.

Une ponction lombaire faite le 8 novembre donne :

Glucose : 0 gr. 55.

On commence le traitement par le novarsénobenzol : 0,02 en injection intraveineuse.

La température oscille à ce moment de 37,5 à 38,5.

Le 12 novembre, la dose de novarsénobenzol est portée à 0,04 et le 19 novembre à 0,06 — mais bien loin de diminuer, l'agitation augmente — les mouvements de la malade sont de plus en plus désordonnés; pour la préserver des chutes, on l'entoure de planches; l'alimentation est quasi impossible, la température est alors de 39,6.

On fait 1c3 de pantopon. Pas de troubles cardiaques ni oculaires.

Dans les jours qui suivent, pas d'amélioration.

Le 23 novembre, on fait un abcès de fixation : 1cc d'essence de térébenthine et une injection intraveineuse de 0,20 d'urotropine.

Une ponction lombaire donne: Glucose : 0,62.

Le 24-25 novembre, la température est à 39°; on injecte par la voie veineuse 0,30 d'urotropine.

Le 26 novembre, les mouvements choréiques ont diminué d'intensité.

Le 27 novembre, incision de l'abcès de fixation; ce jour même, on note la disparition des mouvements choréiques. La température descend progressivement à la normale qu'elle atteint le 1er décembre; on fait encore 0,20 d'urotropine intraveineuse.

Depuis lors, la courbe thermique reste aux environs de 37°; une poussée assez notable jusqu'à 38,5 se montre le 12-13 janvier 1924. Depuis ce jour, la température oscille de 37° à 37,2.

Une ponction lombaire faite le 16 février donne :

Glucose : 0,55.

La malade est sortie le 28 février, guérie.

Obs. 2. — M. P..., 13 ans, entré à l'hôpital Hérold le 21 août 1923.

Pas d'antécédents héréditaires; comme maladie antérieure, une rougeole à l'âge de 7 ans.

Depuis une huitaine de jours, l'enfant paraissait nerveux, il présentait par intermittence des mouvements involontaires de ses mains.

A l'hôpital, on se trouve en présence d'un syndrome choréique franc; les mouvements involontaires déjà signalés se sont accrus — ils sont surtout marqués à la face et aux membres supérieurs; l'enfant grimace, penche la tête de côté et d'autre; sa langue, quand on la lui fait tirer, est agitée et animée de mouvements qui la font sortir et rentrer alternativement; les orteils passent de la flexion à l'exension, de même que les doigts des mains.

La température est à 37,4.

On met aussitôt le malade à la liqueur de Boudin et on débute par 20 gouttes avec l'intention d'augmenter de cinq gouttes par jour.

Le tableau clinique de la maladie ne change guère les jours suivants, ni en mieux, ni en pis; la courbe de température se maintient aux alentours de 37-37,6, sans descendre au-dessous de 37.

L'examen des différents appareils, cœurs et yeux en particulier, ne révèle rien d'anormal.

Le 2 septembre, on fait une ponction lombaire qui donne :

Glucose : 0,53.

A ce moment-là, le malade est à 75 gouttes de liqueur de Boudin; on passe à 100 gouttes et progressivement à 160,

sans obtenir de résultats; les mouvements choréiques ne sont pas diminués.

Le 14 septembre, devant l'inefficacité de l'arsenic, on se décide à le supprimer et à le remplacer par deux comprimés de gardénal à 0,03 et une potion bromurée; on continue ce traitement jusqu'au 30 septembre.

Par intervalles, on note deux ou trois petites poussées thermiques : 37,6-37,9.

Pas plus que l'arsenic, la médication gardénal-bromure ne donne de résultats; la chorée est toujours de même intensité, sans toutefois beaucoup gêner l'alimentation.

Pas de somnolence ni de troubles oculaires. On ne relève pas non plus de lésions articulaires.

Le 6 octobre, on pratique une deuxième ponction lombaire et on trouve un taux de glucose s'élevant à : 0,67.

Le 8 octobre, au moyen de l'essence térébenthine, on fait un abcès de fixation — les jours suivants, fièvre jusqu'à 40°.

Le 17, incision de l'abcès; la température descend progressivement vers la normale et on note une atténuation marquée des mouvements choréiques.

Le 22, injection intraveineuse de 0,15 d'uroformine; l'amélioration s'accentue les jours suivants par la diminution progressive des signes choréiques. Et le malade sort en bonne santé le 18 novembre.

Obs. III. — D. L..., entrée le 4 janvier 1923 à l'hôpital Hérold, âgée de 9 ans $\frac{1}{2}$. Pas d'antécédents héréditaires notables — comme antécédents personnels, la rougeole à 6 ans.

A son entrée à Hérold, l'enfant est apyrétique. Elle est agitée et, dans son lit, remue continuellement la tête, les bras et les jambes, elle laisse échapper les objets qu'on lui donne à saisir — par ailleurs, elle ne présente rien d'anormal, son cœur ni les articulations n'ont de lésions; elle n'a ni léthargie ni troubles oculaires.

Le diagnostic de chorée de Sydenham étant posé, on commence à lui faire des injections sous-cutanées de cacodylate de soude, quotidiennes jusqu'au 15 janvier — sans aucun succès d'ailleurs.

Du 16 au 20 janvier, la malade fait une angine banale qui lui donne une poussée thermique à 40,4, et pour laquelle on lui injecte, à titre préventif 20cc de sérum de Roux.

Le 25 janvier, on essaie un demi-centigramme de novarsénobenzol intra-veineux et le 31, on double la dose — les mouvements choréiques persistent; la malade est subfébrile, sa température allant de 37 à 37,6.

Le 4 février, injection intra-veineuse de 0,020 de novarsénobenzol — pas de changement dans la symptomatologie de l'affection.

Le 19, petite poussée thermique à 37,8. Et de ce jour, la courbe thermique commence à décrire des oscillations de 37,1 à 38,2.

Le 27 février, on fait une ponction lombaire dont l'analyse donne:

Glucose: 0,64.

Le 7 mars, injection intra-veineuse de 0,15 d'urotropine, injection qu'on renouvelle le 4 mars, à la même dose.

La fièvre est toujours aussi élevée, mais les mouvements choréiques commencent, les jours suivants à diminuer de

fréquence et d'amplitude. Les autres appareils sont toujours normaux. Le 10 mars, la température est redevenue normale ; on ne note plus que quelques rares mouvements de flexion et d'extension des doigts et des orteils ; ils finissent eux-mêmes par disparaître complètement. Et, quand la malade sort de l'hôpital le 13 avril 1923, il ne reste plus trace de chorée.

* * *

Comme commentaires de ces observations, nous nous permettrons de mettre en relief la présence d'un excès de sucre dans le liquide céphalo-rachidien ; chacun sachant qu'on trouve normalement de 0,30 à 0,50 de glucose par litre de liquide. — Et dans les trois cas précités, l'analyse a donné comme doses maximum : 0,62 — 0,64 — 0, 67.

Il est vrai que cette constatation perd un peu de sa valeur du fait qu'on a signalé l'hyperglycorachie dont un certain nombre de maladies aiguës : la pneumonie (Dopter), le tétanos (Castueil et Perrier) ; ce n'est, comme le fait remarque M. le Professeur Achard qu'une conséquence de l'hyperglycémie, — néanmoins, le fait, par sa constance nous semble devoir être mis en relief.

Nous insisterons ensuite sur la guérison des malades précités, guérison obtenue par un abcès de fixation et des injections intraveineuses d'urotropine dans la première observation ; par la seule urotropine dans les deux autres — l'arsenic, sous de multiples formes, ce médicament par excellence de la chorée, n'a donné aucun résultat.

Ces deux remarques ne font qu'accentuer le rapprochement, établi déjà par bien des points communs, entre les chorées avec hyperglycorachie et l'encéphalite myoclonique,

cette dernière maladie présentant, comme chacun sait, parmi ses caractères, la présence d'un excès de sucre céphalo-rachidien et son traitement par l'urotropine intra-veineuse et les abcès de fixation.

Nous savons bien qu'on a décrit entre les deux affections d'assez nombreuses différences.

M. le Professeur Pierre Marie et Mlle Lévy, ont écrit à propos des mouvements choréiques dans l'encéphalite: « Ils présentent un cycle morphologique rythmique qui se renouvelle sensiblement constant; leur caractère désordonné est en général moins fréquent que dans les formes de chorée de Sydenham ou de chorée chronique.

De son côté, M. le Professeur Achard, parlant des rapports de l'encéphalite et de la chorée, marque leurs différences.

« La chorée de Sydenham, dit-il, prédomine incontestablement dans le jeune âge; l'encéphalite s'observe avec ses myoclonies, plutôt à une période plus avancée de la vie. Souvent la chorée est précédée de rhumatisme articulaire aigu; les arthropathies choréiques ne sont pas rares et les arthropathies sont fréquentes... Les lésions trouvées dans les cas mortels de chorée n'ont rien de bien précis et sont assez disparates; H. Claude déclare avoir constaté avec F. Raymond, dans un cas de chorée aigüe, des altérations tout à fait semblables à celles de l'encéphalite léthargique.

Voilà des lésions qui sans être toujours identiques à celles de l'encéphalite offrent pourtant avec elles quelques analogies et peuvent du moins expliquer la ressemblance corrélative de certaines manifestations cliniques.

Pierre Marie et Trétiakoff estiment que le diagnostic anatomique entre la chorée et l'encéphalite léthargique est à peu

près impossible, mais que la chorée frappe davantage l'écorce et le corps strié et respecte les noyaux de la troisième paire.

Le début de la chorée est ordinairement graduel ; il n'a pas l'acuité habituelle de celui de l'encéphalite et la fièvre manque en général. Toutefois, Souques et Lacomme ont vu la chorée typique et apyrétique suivre les manifestations classiques de l'encéphalite léthargique.

En ce qui concerne le caractère même des mouvements choréiques, il me paraît qu'on peut noter quelque différence entre les cas habituels de la chorée de Sydenham et les secousses choréiformes de l'encéphalite. Dans la chorée vraie, les mouvements, d'ordinaire, sont plus étendus, plus complexes, moins limités à un muscle ou à quelques groupes musculaires ; ils montrent aussi plus de variétés ; ils ont davantage le caractère de gestes illogiques, de contorsions motrices. Les choréiques semblent avoir une instabilité motrice plus continue que les malades atteints d'encéphalite du type myoclonique. Cela ne veut pas dire qu'il en soit toujours ainsi ni qu'on puisse toujours faire une distinction nette entre les deux états morbides. Mais il me semble, d'après l'histoire pathologique de la chorée de Sydenham, d'après certains de ces caractères cliniques, qu'il est impossible encore de l'assimiler entièrement à l'encéphalite. Il ne paraît pas douteux que certains cas, qualifiés de chorée, devaient revenir à l'encéphalite, mais on ne saurait sans exagération, rayer la chorée de Sydenham de la nosologie et n'en faire qu'une des modalités de l'encéphalite léthargique. »

Quant à nous, nous n'avons pas trouvé, dans l'observation clinique de nos malades, des caractères qui pussent infirmer l'un des deux diagnostics au profit de l'autre ; à moins

toutefois de diagnostiquer encéphalite sur la seule présence d'une hyperglycorachie, à la manière de MM. Lesné et Langle, dans une observation plus haut citée ; ce qui, à la vérité, nous semble un peu abusif.

Pour donner plus de poids à nos remarques, nous nous permettrons de résumer ici une conférence faite à ce sujet à l'hôpital Hérold, le 23 janvier 1924, par notre maître Monsieur le Docteur Lesage:

« Il y a quelques années, nous disait-il, apparut en France l'encéphalite léthargique avec son signe net, précis: la léthargie accompagnée de troubles oculaires.

Au début, la question parut très simple ; la maladie était toujours identique à elle-même ; on trouvait dans la symptomatologie clinique une base précise ; et l'étude du liquide céphalo-rachidien montrait la fréquence de l'hyperglycorachie ; à telle enseigne que, pour nombre d'auteurs, la présence d'un taux élevé de sucre est la signature chimique de l'affection.

Cependant l'opinion qu'on se faisait du symptôme léthargie évolua peu à peu ; on remarqua que par la suite, la dite léthargie disparaissait pour faire place à des phénomènes dits d'excitation (tics, spasmes, tremblements, chorée), si bien que l'on admit une première période léthargique de longueur et d'intensité variables, pouvant laisser à sa suite des séquelles.

Quand ces symptômes d'excitation ont été précédés de la phase léthargique, le diagnostic est aisé, la filiation étant évidente ; mais, en est-il de même quand chorée, tics, tremblements sont apparus d'emblée avec leurs caractères cliniques ?

C'est là qu'apparaît la difficulté. Et à ce propos je vou-

drais vous dire un mot de la chorée de l'enfance, dans sa forme aiguë, dite de Sydenham.

La chorée, comme l'ont signalé certains auteurs, Monsieur le Professeur Pierre Marie en particulier, peut donc être une séquelle de l'encéphalite léthargique. Mais, dira-t-on, que toutes les chorées sont conséquence de l'encéphalite? L'observation nous montre l'identité clinique de toutes les chorées dites de Sydenham. Sur quoi peut-on s'appuyer pour dire que telle de ces chorées est d'origine encéphalitique?

Il vient aussitôt à l'esprit un point commun aux deux affections: l'hyperglycorachie; je n'affirmerai pas que ce soit là une base sûre et solide, n'ayant nul besoin d'être étayée; pourtant je ne suis pas loin de le penser.

Quoi qu'il en soit, ce que je voudrais vous voir retenir de cette causerie, c'est d'abord qu'il existe une proportion notable de chorées de Sydenham qui ont un excès de glucose céphalo-rachidien.

C'est ensuite que les dites chorées sont guéries par le traitement qu'on met en œuvre contre l'encéphalite léthargique: à savoir l'abcès de fixation et l'uroformine.

Si bien que dans le service, j'applique la méthode suivante: chez tout malade atteint de chorée de Sydenham, je fais pratiquer une ponction lombaire; si l'examen du liquide montre un excès de glucose, je prescris aussitôt le traitement de l'encéphalite.

Et jusqu'à ce jour, je n'ai qu'à me louer de cette pratique ».

C'est une conclusion que nous ferons nôtre.

CONCLUSIONS

I. — Tant que l'on n'aura pas découvert le ou les agents pathogènes spécifiques de la chorée de Sydenham et de l'encéphalite léthargique, on ne pourra pas attribuer à ces deux affections une commune nature.

II. — Cependant:

D'une part la présence d'un certain nombre de caractères communs constants, l'hyperglycorachie en particulier.

D'autre part la similitude des résultats thérapeutiques par la similitude du traitement, fondent à penser que la majeure partie des cas étiquetés chorée de Sydenham, et l'encéphalite myoclonique ne sont probablement qu'une seule et même maladie — probabilité qui devrait se changer en certitude le jour où l'on découvrira le virus de l'encéphalite.

III. — On en concluera aisément qu'il faut traiter toute chorée de Sydenham avec hyperglycorachie, comme on traiterait une encéphalite léthargique: par l'abcès de fixation et l'urotropine intraveineuse, sans s'arrêter à l'arsenic.

Vu : *le Doyen,*
H. ROGER.

Vu: *le Président,*
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — L'encéphalite léthargique. — 1921.

» — La diversité clinique de l'encéphalite léthargique (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 3 février 1920, p. 106).

» — Les rapports de l'encéphalite léthargique avec d'autres états morbides (*Paris Médical*, 18 sept. 1920, p. 709).

ARDIN-DELTEIL (P.) et **RAYNAUD** (M) Nouvelles modalités cliniques de l'encéphalite épidémique. — Les formes choréiques (*Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 5 mars 1920, p. 341).

ARIVAGNET, **ARMAND DELILLE** et **MARIE** (Pierre-Louis). — Un cas d'encéphalite épidémique à type choréique avec paralysies oculaires et laryngées. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 21 mai 1920, p. 708).

BÉNARD (R.). — Le polymorphisme symptomatique dans l'encéphalite léthargique. (*Journ. méd. français*, mars 1920, p. 128).

BLUM (P.) et **HANN** (A.) — Etude clinique des cas d'encéphalite polymorphe épidémique. (*Revue méd. de l'Est*, 1 déc. 1920; p. 894).

BOSC (F.). — Myoclonies et formes myocloniques subaiguës malignes, dans l'encéphalite léthargique. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris,* 16 juillet 1920, p. 1042).

BOUÉRI (P.) (de Milan). — Encéphalite épidémique et chorée de Dubini. Soc. de neurol, 4 mars 1920. (*Revue neurolog.* 1920, p. 275).

BROUARDEL (G.), **LEVADITI** et **FORESTIER** (J.). — Encéphalite aiguë myoclonique. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris,* 19 mars 1920, p. 387).

CARNOT (P.) et **GARDIEN** (Ch.). — Un cas de myoclonie ascendante progressive et un cas de chorée aiguë au cours de l'épidémie actuelle de grippe. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris,* 30 janvier 1920, p. 125).

CHAUFFARD. — L'encéphalite épidémique. (*Bull. de l'Acad. de Méd.* 17 février 1920, p. 140).

CHAVANIS (A.) — Encéphalite léthargique avec mouvements choréiformes. Soc. des Sc. méd. de St-Etienne, 17 mars 1920. (*Loire médicale,* avril 1920, p. 179).

CLAUDE (H.). — A propos de la forme myoclonique de l'encéphalite épidémique. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris,* 27 février 1920, p. 267).

CLAUDE (H.), **ROSE** (F.) et **PIEDELIÈVRE** (R.) — Encéphalite épidémique à type de chorée aiguë fébrile. (*Bull. et mém. de la Soc. des Hôp. de Paris,* 23 avril 1920, p. 514).

COMBY (J.). — Deux cas d'encéphalite épidémique à forme myoclonique. (*Bull. et mém. de la Société méd. des Hôp. de Paris,* 26 mars 1920, p. 446).

» — Chorées aiguës et encéphalite épidémique. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris,* 30 avril 1920, p. 556).

COMBY (J.). — L'encéphalite aiguë particulièrement chez les enfants.

DOPTER (Ch.). — L'hyperglycorachie dans l'encéphalite épidémique. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 2 mars 1920, p. 203).

DUPOUY. — Encéphalite léthargique à forme choréique subaiguë. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 28 mai 1920, p. 759).

ESCHBACH (H.). — Encéphalite aiguë infantile choréo-athétosique. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 4 juin 1920, p. 784).

HARVIER (P.) et **LEVADITI**. — Preuve anatomique et expérimentale de l'identité de nature entre certaines chorées graves aiguës fébriles et l'encéphalite épidémique. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 7 mai 1920, p. 583),

LABBÉ (Marcel) et **HUTINEL** (Jean) — Un cas d'encéphalite léthargique avec mouvements choréo-athétosiques, lymphocytose persistante et paralysies oculaires. (*Bull. et mém. de la Société méd. des Hôp. de Paris*, 13 février 1920, p. 194).

LEREBOULLET (P.) et **FOUCART** (A.) — Encéphalite aiguë à forme myoclonique chez l'enfant. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 19 mars 1920, p. 391).

LEREBOULLET et **HUTINEL** (Jean). — Un nouveau cas d'encéphalite léthargique. (*Bull. et mém. de la Société médicale des Hôp. de Paris*, 4 avril 1919, p. 302).

LEREBOULLET et **MOUZON** (I.). — Deux cas de syndromes choréiques vrais dans l'encéphalite épidémique. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 19 mars 1920, p. 394)

LESNÉ et **LANGLE** — Forme choréique de l'encéphalite épidémique ;

ses rapports avec la chorée de Sydenham. (*Bull. et mém. de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris,* 4 juin 1920, p. 765).

MARIE (Pierre) et Mlle **LÉVY** (G.) — Le syndrome excito-moteur de l'encéphalite épidémique. Ses principales manifestations ; chorée rythmée, bradycinésies et myoclonies, parkinsonisme. (*Rev. neurol.,* juin 1920, p. 513).

MARIE (Pierre) et **TRÉTIAKIOFF**. — Anatomie pathologique de l'encéphalite léthargique (Etude histo-pathologique de 4 cas. (*Ann. de méd.,* janvier 1920, p. 1).

MOURIQUANT et **LAMY**. — Encéphalite léthargique chez l'enfant. (*Bull. de la Société méd. des Hôp. de Lyon,* 10 févr. 1920, p. 35).

MOURIQUAND et **LAMY**. — Encéphalite aiguë à type myoclonique chez un nourrisson. (*Bull. de la Société médicale des Hôp. de Lyon,* 20 avril 1920, p. 87).

NETTER. — Les injections d'essence de térébenthine dans le traitement de l'encéphalite léthargique. Généralisation de leur emploi et utilité des injections précoces. (*Bull. de l'Acad. de Méd.* 6 avril 1920, p. 329).

NOBÉCOURT. — La Pédiatrie pratique, 5 mai 1923.

ROGER (H.). — Encéphalite insomnique, choréo-ataxique et délirante. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris,* 20 février 1920, p. 246).

» — Encéphalite aiguë épidémique ; formes léthargique, myoclonique choréo-ataxique, délirante, névralgique. (*Marseille méd.,* 15 avril, 1er mai et 15 juin 1920).

SICARD. — L'encéphalite myoclonique. (*Presse méd.,* 14 avril 1920, p. 213).

SICARD et **LITVAK**. — Encéphalite myoclonique et chorée électrique de Dubini. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris,* 26 mars 1920, p. 448).

SOUQUES (A.) — Forme choréique de l'encéphalite léthargique. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris,* 30 avril 1920, p. 552).

SOUQUES et **LACOMME** — Chorée de Sydenham bénigne et apyrétique, consécutive à une encéphalite léthargique chez une enfant. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris,* 16 juillet 1920, p. 1026).

Imprimerie spéciale de la Librairie ARNETTE, 6, rue du Puits-Tribouillet, Saumur